Stanford University Library
MAY
23
1904

Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Die in den Jahren 1899—1902 in der Königlichen Chirurgischen Klinik zu Kiel zur Behandlung gekommenen Fälle von

Hernia epigastrica.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Oskar Thies,

approb. Arzt aus Braunschweig.

Kiel 1903.

Druck von H. Fiencke.

Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Die in den Jahren 1899—1902 in der Königlichen Chirurgischen Klinik zu Kiel zur Behandlung gekommenen Fälle von

Hernia epigastrica.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Oskar Thies,

approb. Arzt aus Braunschweig.

Kiel 1903.

Druck von H. Fiencke.

No. 118.

Rektoratsjahr 1902/1903.

Referent: Dr. **Helferich.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Fischer,**
z. Z. Dekan.

Meiner lieben Mutter
und dem Andenken
meines teuren Vaters.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/dieindenjahren180000oska

Unter den Bauchbrüchen nehmen die Hernien eine besondere Stellung ein, die im Verlaufe der linea alba, von der Symphyse bis zum processus xiphoideus des Brustbeins, vorkommen. Das Entstehen solcher Herniae lineae albae ist bedingt durch das Auftreten von Lücken und Spalten im Verlauf der linea alba. Sie finden sich besonders im oberen Teile derselben zwischen Nabel und processus xiphoideus sterni. Man hat sie wegen ihrer „praktischen Wichtigkeit" mit dem besonderen Namen:

Herniae epigastricae

bezeichnet.

Die Herniae epigastricae sind also, wie erwähnt, die in dem vom Nabel bis zum Sternum reichenden Teile der linea alba vorkommenden Brüche. Sie finden sich entweder in oder neben der Mittellinie, und zwar, wie Tillmanns sagt, meist in der Gegend einer Incriptio tendinea der recti. Oft sind auch bei einem und demselben Individuum mehrere derartige Hernien vorhanden. So berichtet Berger von einem Falle, „in welchem 4 kleine Hernien unmittelbar über einander lagen, von denen jede für sich allein zurückgebracht werden konnte." Herniae epigastricae kommen auch in Begleitung anderer Hernien recht häufig zur Beobachtung.

Ihr Vorkommen ist nicht allzu selten. Die Statistik Bergers weist von 10 000 Bruchkranken 137 Fälle von Hernia epigastrica auf, also einen Procentsatz von 1,37 %. Den mir zur Verfügung gestellten 18 Fällen stehen 369 Hernien verschiedenster Art gegenüber, die ebenfalls in demselben Zeitraum, von 1899—1902, zur Behandlung gekommen sind. Die Procentzahl weicht wesentlich von der vorigen ab; sie ist 4,65 %.

Auffallend ist das überwiegende Auftreten der Hernia epigastrica beim männlichen Geschlechte, obwohl man doch

erwarten sollte, dass das weibliche Geschlecht das Hauptkontingent stellte, da bei ihm während der Gravidität das Gewebe der linea alba eine starke Dehnung erfährt. In den von Berger mitgeteilten 137 Fällen sind 120 männliche Individuen. Die hier behandelten 18 Fälle weisen kein einziges weibliches Wesen auf. Vorwiegend betroffen ist ferner die Klasse der Bevölkerung, die schwere Arbeit zu verrichten hat. Hierin mag auch der Grund zu suchen sein, weshalb bei Männern die Hernia epigastrica sehr viel häufiger zu finden ist, als bei Weibern.

Die Entstehung der Hernia epigastrica ist auf zweierlei Weise zu erklären. Einmal kann man sie sich durch ein Trauma entstanden denken und dann durch Veränderungen in der Festigkeit des Gewebes der linea alba. Im ersteren Falle kommt es, z. B. durch direkten Stoss oder ähnliche Anlässe, zu einer Zerreissung des Gewebes und damit zu einer Hernie. Witzel berechnet etwa 50 % aller Fälle, die durch ein Trauma entstanden seien; doch wird von vielen Autoren diese Zahl als zu hoch angegeben. Die häufigste Ursache für das Entstehen von Hernia epigastrica wird immerhin in Gewebsveränderungen irgend welcher Art zu suchen sein.

Es ist vielfach behauptet worden, dass eine angeborene oder erworbene Diastase der recti praedisponierend auf das Entstehen dieser Hernien wirke. Derselbe Fall tritt ein bei abnormer Schlaffheit des fibrösen Gewebes, die teils angeboren oder bei allgemeinen Schwächezuständen sich findet.

Cooper spricht in seiner „anatomischen Beschreibung und chirurgischen Behandlung der Unterleibsbrüche“ die Ansicht aus, dass bei Kindern die linea alba bisweilen mangelhaft ausgebildet sei. Und nach Garengeot's Meinung ist das fibröse Gewebe der linea alba oberhalb des Nabels nach dem processus xiphoideus hin fast stets dünner und breiter im Vergleiche zu dem unterhalb des Nabels.

Es ist leicht verständlich, dass beim Vorhandensein solcher praedisponierender Momente jede Erhöhung des intraabdominellen Druckes, so bei schwerer körperlicher Arbeit, forcierten Exspirationen und Erbrechen, eine Hernie zur

Folge haben kann, indem die weniger widerstandsfähige Stelle der Bauchwand dem Drucke nicht gewachsen ist und nachgiebt.

Ausser dieser praeformierten Schwachheit des fibrösen Gewebes der linea alba kommt noch ein anderes Moment für die Entstehung der Hernia epigastrica in Betracht — und das ist in der Mehrzahl der Fälle die Ursache — nämlich das Auftreten der sogenannten „praeperitonealen Lipome." Es ist bekannt, dass im Bereiche des Epigastriums grosse Mengen subserösen Fettes dem Peritoneum aufgelagert sind. Nun aber hat das Fett die Eigenschaft, die kleinsten Spalträume auszufüllen. Nach der von Roser besonders ausgebildeten Bruchtheorie dringt es infolge dessen in die Lücken, die die sich kreuzweise durchflechtenden Fasern der linea alba bilden, ein, besonders aber entlang den kleinen, durch sie hindurch tretenden Nerven und Gefässen. Wächst ein solches Fettklümpchen weiter, so wird das Netzwerk der linea alba erweitert, und der Weg für eine Hernie ist gegeben. Zu bemerken ist, dass die Fettklümpchen stets mit dem Peritoneum durch einen sogenannten Stiel zusammenhängen und an diesem das Peritoneum trichterförmig hinter sich herziehen. In einem Teile der Fälle bleibt es bei diesen „Lipomen," in einem anderen Teile dagegen wird durch das weitere Wachsen die Lücke vergrössert, in die dann das Peritoneum hineintritt.

Betrachten wir im Anschluss hieran die pathologisch-anatomischen Verhältnisse der Hernia epigastrica, so sehen wir, dass wir zwei Arten derselben zu unterscheiden haben. Bei ersterer Art handelt es sich um das Hervortreten von gestielten praeperitonealen Fettklümpchen, bei letzterer um eine wahre Hernie.

Erstere, die die Grösse einer Haselnuss selten überschreiten, hat man im Gegensatz zu der anderen Art mit dem Namen „Fettbrüche" belegt. Bei oberflächlicher Untersuchung sind sie sehr leicht mit einfachen Lipomen zu verwechseln. Typisch für sie ist das Vorhandensein des Gefässstieles, durch den sie mit dem Peritoneum zusammenhängen.

Ein wesentlich anderes Bild in pathologisch-anatomischem

Sinne geben die wahren Herniae epigastricae. Wie alle anderen Hernien, haben auch sie: Bruchpforte, Bruchsack, Bruchinhalt.

Die Bruchpforte wird begrenzt von den Sehnenfasern der linea alba, in der sich die Aponeurosen der Bruchmuskeln kreuzweise durchflechten, so zwar, dass die seitlichen Winkel spitz, der obere und untere dagegen stumpf sind. Die Bruchpforte hat daher anfangs die Form einer Raute, deren grösster Durchmesser horizontal gestellt ist. Später nimmt sie mehr die Gestalt eines quergestellten Ovals an.

Der Bruchsack wird gebildet von dem ausgestülpten Teile des parietalen Bauchfells und ist, wie oben erwähnt, bald mehr, bald weniger mit Fett überlagert. Als accessorische Hüllen, die allerdings in späteren Stadien kaum von einander zu trennen sind, bedecken ihn die mit hervorgestülpte fascia transversalis, die oberflächliche Fascie, das subcutane Bindegewebe, sowie die äussere Haut.

Der Bruchinhalt ist sehr verschieden. In der grossen Mehrzahl der Fälle sind nur Teile des Netzes in ihm gelagert. Man hat auch öfter Dünn- und Dickdarmteile in ihm vorgefunden. Vereinzelt soll auch Magen im Bruchsacke vorkommen, weshalb von älteren Autoren die Hernia epigastrica direkt als Magenhernie bezeichnet worden ist. Diese Annahme ist jedoch vielfach bestritten worden, bis endlich, wie Witzel angiebt, „Thomann — an der Hand eines von ihm selbst behandelten Falles und deren mehrerer aus der Litteratur — unzweifelhaft darthat, dass die Magenwandung in Form einer seitlichen Ausstülpung im Bruch sein kann.“

Die Erscheinungen, die eine Hernia epigastrica hervorruft, sind für sie charakteristisch. Und doch ist es recht oft vorgekommen und kommt immer noch vor, dass diese Hernien übersehen werden, und mit Arzneimitteln, natürlich ohne Erfolg, vorgegangen wird, wie es auch in einigen der anzuführenden Fälle geschah.

Die Beschwerden, mit denen die Patienten zum Arzt kommen, sind verschiedenster Art. Sie klagen über Verdauungsbeschwerden, Obstipation, Auftreibung des Leibes und Erbrechen. Es treten bei ihnen anfallsweise heftige kolikartige Schmerzen auf, die sich oft bis zur Unerträglichkeit

steigern. Sie empfinden sie als Zerren und Reissen in der Magengegend, Schmerzen, die bis in entferntere Körperregionen ausstrahlen können. Sie sollen — Handbuch der praktischen Chirurgie 1900 — hervorgerufen werden durch „Zerrungen, die von dem im Bruchsack befindlichen Netz auf das Colon und von dort auf den Magen übertragen werden; oder aber es handelt sich um eine Zerrung oder Quetschung von Nervenstämmchen, die im Bereiche der Hernie austreten.“ Eine Steigerung erfahren die Schmerzen bei Bewegungen des Rumpfes, beim Beugen des Körpers nach vorn oder rückwärts, bei heftigen Hustenstössen und dergleichen. Das Erbrechen wird allmählich häufiger und kann gar nach jeder Mahlzeit sich einstellen. Die Kranken meiden daher viele Speisen überhaupt und beschränken nach Möglichkeit ihren Nahrungsbedarf aus Angst vor etwaigen Beschwerden. Die Folge ist Abmagerung und damit eine Abnahme der körperlichen Kräfte. Daneben beginnen bei den Kranken aber auch frühzeitig nervöse Erscheinungen sich einzustellen. Die heftigen Schmerzen, die nicht schwinden wollen, die stete Angst vor neuen Beschwerden bringen die Kranken in eine deprimierte Stimmung. Man hat oft das Bild einer ausgesprochenen Neurasthenie vor sich.

Einklemmungserscheinungen, die bei anderen Hernien häufiger vorkommen, sind hier nur selten beobachtet worden. Neuerdings berichtet Wiesinger in der deutschen Zeitschrift für Chirurgie, 67. Band, 1902, — Festschrift für Friedr. v. Esmarch — über einige Fälle von acuten Darmwandbrüchen der linea alba. „Die Ursache zur Incarceration scheint durch intraabdominellen Druck hervorgerufen zu sein ... Das Bild der Erkrankung wird eingeleitet durch peritoneale Reizerscheinungen, die ohne besondere Veranlassung oder plötzlich durch Pressen beim Stuhlgang hervorgerufen werden ... Diese hören auf, sobald das eingeklemmte Stückchen Darm brandig geworden ist, und es tritt eine scheinbare Besserung ein. Nach 8—14 Tagen beginnt unter leichter Fiebersteigerung sich wieder Schmerz im Leib einzustellen, indem sich von der kleinen gangränösen

Darmpartie aus über der Fascie eine Entzündung und Eiterung in den tiefen Schichten der Bauchdecken langsam flächenhaft ausbreitet und weiterkriecht, bis sie am Nabel, der wenigst Widerstand bietenden Stelle, zu Tage tritt.“ In 2 Fällen war Dünndarm, in 1 Magenwand eingeklemmt.

Öfter findet man Verwachsungen zwischen Bruchsack und Bruchpforte einerseits und Bruchsack und Bruchinhalt andererseits.

Wie wichtig es ist, möglichst früh die richtige Diagnose zu stellen, braucht nach obigen Ausführungen kaum noch hervorgehoben zu werden. Schon A. G. Richter hat 1785 in seiner „Abhandlung von den Brüchen“ darauf aufmerksam gemacht.

Die Diagnose ist einfach, wenn es sich um ein plötzliches Auftreten der Hernie handelt. Dann werden einen die lokalen Schmerzen und der Befund auf die richtige Diagnose leiten.

Schwieriger ist sie bei längerem Bestehen der Hernie. Man soll sich, wenn Kranke mit den genannten Beschwerden zu einem kommen, nicht mit der Diagnose eines Magenleidens begnügen, sondern soll eine genaue Untersuchung des Epigastriums vornehmen. Diese geschieht, wie Witzel meint, am besten bei aufrechter Stellung mit vorgeneigtem Oberkörper. Man bemerkt dann gewöhnlich schon eine kleine Hervorragung. Oft kann man auch die Ränder der Bruchpforte abtasten. Beim Husten oder Pressen tritt die Hervorragung stärker in Erscheinung. Sie schwindet mehr oder weniger, wenn man den Kranken in Rückenlage bringt. Befindet sich Darminhalt im Bruchsack, so ist, nach Koenig, „von Lennhof als Sympton von Darminhalt ein eigentümliches spritzendes Gefühl — Hydatidenschnurren – angegeben worden, welches die drückende Hand als Zeichen des zurückgedrängten Darminhalts empfindet.“ Beobachtet man bei der Untersuchung alle diese Gesichtspunkte, so wird man in der Diagnose nicht fehl gehen.

Die Prognose der Hernia epigastrica ist, wenn sie rechtzeitig erkannt ist, und die Kranken in die richtige Behandlung kommen, im allgemeinen günstig. Sonst kann die Hernia epigastrica oft von üblen Folgen begleitet sein.

Das Auftreten der schweren Erscheinungen in körperlicher wie in psychischer Hinsicht, die recht häufige Arbeitsunfähigkeit der Patienten haben schon früh den Wunsch nach einer geeigneten Therapie erstehen lassen.

Mit der Applikation eines Bruchbandes ist den Kranken nicht viel gedient. Es mögen die Beschwerden wohl eine Linderung erfahren, eine dauernde Beseitigung derselben wird man jedoch kaum damit erreichen.

Heutzutage wird man wohl stets die Radicaloperation ausführen, da nur durch sie allein eine völlige Heilung möglich ist. Man verfährt nach der allgemein anerkannten Methode, die hier und da etwas modifiziert worden ist. Die Operation ist folgende: Nach den üblichen Vorbereitungen wird durch einen Längsschnitt über die Geschwulst hinweg diese blossgelegt und dieselbe nach allen Seiten bis an den Bruchring freipraepariert. Hierauf erfolgt die Eröffnung des Bruchsackes und das Zurückbringen seines Inhaltes in die Bauchhöhle. Man forscht nach etwaigen Verwachsungen, löst diese und bindet mit Catgut den Bruchsack ab. Derselbe wird nunmehr exstirpiert, und der Stumpf in die Bauchhöhle versenkt. Den Schluss bildet die sorgfältige Vernähung der Bruchpforte mit Catgut und der Verschluss der äusseren Wunde durch versenkte und oberflächliche Nähte.

Nach diesen Ausführungen mag es mir gestattet sein, 18 Fälle von Hernia epigastrica anzuführen, die mir Herr Geheimrat Helferich gütigst zur Verfügung gestellt hat. Es folgen zunächst die 8 Fälle, über deren jetziges Befinden nichts bekannt ist. Ihnen reihen sich die übrigen 10 Fälle an, von deren Befinden ich mich durch persönliche Besichtigung oder durch schriftliche Anfrage überzeugt habe.

Fall I.

Anamn.: Arbeiter F. Kr., Bordesholm, 45 Jahre alt, kommt am 6. VII. 1899 in die Klinik mit Klagen über Schmerzen im Epigastrium, grossen Durst, weniger Appetit und Verdauungsbeschwerden.

Status: In der Medianlinie, 1 Hand breit oberhalb des Nabels, eine härtere Resistenz, in einer Länge von 5 cm und Breite von 2—2½ cm, querverlaufend.

Operation: 8. VII. Medianschnitt, Spaltung der Fascie und Freilegung des Bruchstieles, der mit Fascia transversa verwachsen. Praeperitoneales Fett erschwert Orientierung. Spaltung des Bruchsackes, Anlegung der Tabaksbeutelnaht und Abtragung. Im Bruchsack Netz. Verschluss der linea alba durch 3 Silberdrahtnähte, des Bindegewebes durch Catgut-, der Haut durch Seidennähte.

17. VII. Heilung per prim. Entfernung der Nähte.

29. VII. Beschwerden völlig verschwunden. Geheilt entlassen.

Fall II.

Anamn.: Schlosser M. K., 37 Jahre, Kiel, kommt 3. I. 1900 in die Klinik. Beim Bücken am 23. XI. 99 plötzlich Schmerzen in der Magengegend. Seitdem Verstopfung. Schmerzen bald heftiger, besonders abends und nachts.

Status: 2 Finger breit oberhalb des Nabels kirschkerngrosse Geschwulst, die druckempfindlich ist und sich beim Husten vergrössert.

Operation: 6. I. Schnitt über die Geschwulst in der Medianlinie. Kirschkerngrosse Netzhernie, die durch ein feines Loch mit der Bruchhöhle kommuniciert. Eröffnung des Bruchsackes. Unterbindung und Abtrennung des Netzes, Abbindung und Abtragung des Bruchsackes. Schluss des Loches durch 3 Silberdrahtnähte, des Bindegewebes durch Catgut-, der Haut durch Seidennähte.

16. I. Heilung per prim. Entfernung der Nähte.

30. I. Entlassen mit Schutzverband. Bauchbinde beantragt.

Fall III.

Anamn.: Zimmermann K. H., Kiel, 49 Jahre, kommt am 5. X. 1900 in die Klinik. Seit einigen Jahren Hervorragung oberhalb des Nabels; aber erst seit 8 Wochen Schmerzen, die zur Brust und zum Rücken hin ausstrahlen.

Hervorragung druckempfindlich. Pat. hat Magenbeschwerden und schläft schlecht.

Status: Pat. abgemagert. Etwa 2 Finger über dem Nabel Hervorwölbung von weicher Consistenz, die 2½ cm in querer Richtung verläuft. Sie tritt bei Spannung der recti hervor; man fühlt einen Spalt.

Operation: 9. X. 4 cm langer Medianschnitt. Freilegung und Eröffnung des Bruchsackes. Abtragung des verwachsenen Netzes, sowie des vorher abgebundenen Bruchsackes. Verschluss des Spaltes durch Silberdraht, des Bindegewebes durch Catgut, der Haut durch Seide.

16. X. Heilung per prim. Entfernung der Nähte. Beschwerden fast völlig geschwunden. Auf Wunsch entlassen.

Fall IV.

Anamn: Arbeiter J. Z., Gaarden, 35 Jahre, kommt am 29. X. zur Klinik. Seit seiner Kindheit linksseitige Hernia inguinalis, ohne Beschwerden. Nach einem Fehltritt am 24. X. ebenfalls rechtsseitig, starke Schmerzen. Seit einem Jahre Schmerzen über dem Nabel, namentlich nach dem Essen; dann tritt eine Hervorragung auf.

Status: Einige Querfinger breit oberhalb des Nabels in der Mittellinie eine etwa taubeneigrosse Vorwölbung. Bei Betastung fühlt man einen beweglichen, auf Druck sich wenig verkleinernden Tumor, der leicht schmerzhaft ist. Wird als Ursache der Beschwerden angegeben. Ausserdem doppelte Inguinalhernie.

Operation: 2. XI. Radicaloperationen. Medianschnitt über Geschwulst in der Nabelgegend, die sich als klein wallnussgrosses Lipom darstellt, das mit einem Stiel in die Bauchhöhle führt. Verlängerung des Spaltes, Einschneiden des Lipoms, in dem ein Bruchsack enthalten, der Netz enthält. Zurückschieben desselben, Abbindung und Exstirpation des Bruchsackes. Naht der linea alba durch 4 Silbernähte, der Weichteile durch Catgut, der Haut durch Seide.

9. XI. Heilung per prim. Entfernung der Nähte.

25. XI. Entlassen mit Leibgurt für die Stelle der Hernia epigastrica; keine Beschwerden. Schonung.

Fall V.

Anamn: Arbeiter H. L., Neumünster, 19 Jahre, kommt am 6. XI. 1900 zur Klinik. Er klagt über Magenschmerzen, die seit Frühjahr bestehen, besonders nach dem Essen, ferner über Erbrechen und Verstopfung. Seit September liegt er meist im Bett, angeblich wegen eines Magengeschwürs. Seit 14 Tagen Schmerzen in Nabelgegend.

Status: Patient schwächlich. Direkt links oberhalb des Nabels bei Druck Schmerzen. Man fühlt vom Nabel nach links oben einen Strang, der sich derb anfühlt.

Operation: 9. XI. Excision des Nabels; oberhalb desselben eine feine Spalte der linea alba, das Peritoneum durch ein mit ihm zusammenhängendes praeperitoneales Lipom vorgewölbt. Abtragung desselben nach Erweiterung des Spaltes. Naht des Peritoneums. Verschluss der linea alba durch 3 Silbernähte, Etagennaht, Hautnaht.

19. XI. Heilung per prim. Entfernung der Nähte.

13. XII. Entlassen mit Leibbinde. Keine Beschwerden mehr.

Fall VI.

Anamn.: Arbeiter A. L., Hassee, 42 Jahre, aufgenommen am 14. XII. 1900. Pat. fiel nach schwerer Arbeit an diesem Tage infolge eines Schwindelanfalls, lag ½ Stunde bewusstlos und wurde von der Polizei gebracht. Seit 20 Jahren in der Mitte zwischen Nabel und processus xiphoideus kl. Hervorwölbung infolge eines Deichselschlages. Erst jetzt Beschwerden.

Status: In der Mitte zwischen Nabel und processus xiphoideus eine mandelgrosse Hervorwölbung, die auf Druck zurückgeht, beim Husten stärker wird.

Da Patient sich nicht operieren lassen will, wird er entlassen.

Fall VII.

Anamn.: Tischler H., Wellingdorf, 23 Jahre, auf-

genommen 19. VIII. 1901. In letzter Zeit allgemeine Mattigkeit, weshalb er in die medizin. Klinik kam. Hier wurde im Epigastrium ein kleines Knötchen konstatiert, das Patient nie bemerkt hatte. Zur Operation hierher verlegt.

Status: 2 cm oberhalb des Nabels in der linea alba ein linsengrosses, druckempfindliches Knötchen, das mit der Unterlage ziemlich verwachsen. Vergrössert sich nicht beim Husten.

Operation: 20. VIII. Schnitt bis auf die Rectusscheide, eine Hernie nicht deutlich nachweisbar. Schnitt durch den rectus und Eröffnung des Peritoneums. Es zeigen sich einige adhäsive Stränge, die gelöst werden. Verschluss des Peritoneums; Naht der linea alba mit Silberdraht, der Weichteile mit Catgut, der Haut mit Seide.

29. VIII. Heilung per prim. Entfernung der Nähte.

9. IX. Geheilt entlassen.

Fall VIII.

Anamn.: Arbeiter Fr. H., Densfelderau b. Bornhöved, 48 Jahre, kommt am 27. IX. 1902 in die Klinik. Seit 2 Jahren Magenbeschwerden, Schmerzen und saures Aufstossen nach dem Essen, auch Blutbrechen. Verschiedentlich fand er Aufnahme in Krankenhäusern, doch traten die Beschwerden wieder auf. Seit 3 Wochen wieder Schmerzen nach dem Essen, Aufstossen und Erbrechen. Beim Bücken tritt rechts von der Medianlinie unterhalb des processus xiphoideus eine harte Geschwulst von Taubeneigrösse auf. Schmerzen, die schwinden, wenn er die Geschwulst zurückdrängt.

Status: Patient schwächlich. 2 Querfinger breit unterhalb des proc. xiphoideus kleine Vorwölbung in querer Richtung, ca. 4 cm lang, 2 cm breit, zu gleichen Teilen rechts und links von der Mittellinie. Sie ist bei Druck schmerzhaft und wölbt sich beim Husten stärker vor. Ausserdem Dilatatio ventriculi.

Operation: 30. IX. Schnitt links von der Mittellinie. Der kleinfingerdicke, Netz enthaltende Bruchsack wird gespalten und nach Reposition des Netzes abgetragen. Wegen Dilatatio und Ulcus ausserdem Gastroenterostomie.

10. X. Entfernung der Nähte. Aus oberen Stichkanälen fliesst braunrötliches Blut, das von Bluterguss herrührt. Dünne Tamponade. Keine Schmerzen.

24. X. Noch eine kleine Fistel an bezeichneter Stelle. Patient mit Leibbinde bis zur Erwerbsfähigkeit ins städtische Krankenhaus zurückgeschickt.

Fall IX.

Anamn.: Arbeiter J. S., Sehestedt, 41 Jahre, wird am 19. VIII. 1899 aufgenommen. Vor 4 Wochen Schmerzen in der Magengegend, oberhalb des Nabels 2 druckempfindliche Vorwölbungen. Da ihm die vom Arzt verschriebenen Tropfen nichts nützten, liess er sich schliesslich hier aufnehmen.

Status: Handbreit unter dem processus xiphoideus in der Medianlinie ein etwa bohnengrosser Tumor von mittelharter Konsistenz, der sich beim Aufrichten vergrössert.

Operation: 21. VIII. Schnitt über die Geschwulst, die sich als kleiner Bruchsack mit etwas Netz präsentiert. Reposition des Netzes und Exstirpation des Bruchsackes. Verschluss der Bruchpforte durch Silberdraht, dann Catgut- und Hautseidennaht.

28. VIII. Heilung per primam; an einem Stichkanal kleine Retention; bei Incision entleert sie seröse Flüssigkeit.

30. VIII. Wunde völlig schmerzlos. Geheilt entlassen.

Januar 1903. Der Bruch ist nicht wieder aufgetreten. Beschwerden geschwunden; nur bei schwerer Arbeit etwas Schmerzen.

Fall X.

Anamn.: Arbeiter H. S., Mörel, 59 Jahre, aufgenommen am 30. X. 1899. Ende Juli 1899 plötzlich beim Roggenmähen Schmerzen in der Magengegend. Die Beschwerden wurden trotz der ihm verschriebenen Medizin schlimmer, sodass er im August die Arbeit einstellen musste. Von der Invaliditätsversicherung hierher geschickt.

Status: Patient schwächlich. 1 Querfinger breit unter dem processus xiphoideus in der Medianlinie eine kirschkern-

grosse, harte, flachrundliche Geschwulst, die schmerzhaft ist. Beim Husten vergrössert sie sich und verschwindet fast beim Liegen.

Operation: 3. XI. Schnitt in der Mittellinie. Es findet sich eine kleine Fettgeschwulst, die in die Bauchhöhle führt, wie sich bei Eröffnung des Peritoneum zeigt. Exstirpation, Naht des Peritoneum, Etagennaht.

14. XI. Heilung per primam. Nähte entfernt.

27. XI. Keinerlei Beschwerden mehr. Entlassen.

Januar 1903. Bruch nicht wieder aufgetreten. Befinden gut. Ab und zu Magenschmerzen und Schmerzen in der linken Seite.

Fall XI.

Anamn.: Bahnarbeiter H. H., Neumünster, 32 Jahre, kommt am 9. I. 1900 zur Klinik. Seit 2 Jahren zwischen Nabel und Brustbein eine kleine Geschwulst, die allmählich grösser wurde. Keine besonderen Beschwerden bei der Arbeit, doch öfters in der Nacht Drücken an der Stelle. Eine ihm verschriebene Salbe half nicht.

Status: In der Mitte zwischen Nabel und processus xiphoideus in der Medianlinie eine kleine quer verlaufende Hervorwölbung. Man fühlt hier eine mehr flache Geschwulst von Taubeneigrösse, die nicht schmerzhaft ist. Sie lässt sich abheben, scheint aber in der linea alba fixiert zu sein.

Operation: 11. I. Schnitt in der Medianlinie. Es findet sich ein mit Netz gefüllter Bruchsack, der mit einem Stiel in die Bauchhöhle führt. Abtragung des Netzes und des Bruchsackes. Verschluss der Öffnung durch Silbernaht. Etagennaht mit Catgut, Hautnaht.

22. I. Heilung per prim. Entfernung der Nähte.

10. II. Nach Anlegung einer passenden Leibbinde ohne jede Beschwerden als geheilt entlassen.

Januar 1903. Patient befindet sich ausserordentlich wohl, hat keinerlei Beschwerden.

Fall XII.

Anamn.: Arbeiter Fr. Sch., Rethwisch, 54 Jahre, aufgenommen am 18. VI. 1900. Seit Januar leidet er an

heftigem Magen-Darmkatarrh. Schmerzen anfangs im Unterleib, später in der Magengegend, wo ein Tumor vorhanden ist. Seit Januar hat Patient 19 Pfund Gewicht verloren.

Status: In der Mitte zwischen Nabel und processus xiphoideus in der Medianlinie eine kirschgrosse, weiche Geschwulst, die unter dem Finger verschieblich ist und beim Pressen stärker wird. Sie scheint mit einem Stiel in die Bauchhöhle überzugehen.

Operation: 23. VI. Medianschnitt. Man trifft sofort auf ein wallnussgrosses praeperitoneales Lipom, welches mit einem Stiel durch eine Öffnung in der linea alba in die Bauchhöhle hineinreicht. Beim kräftigen Hervorziehen gelingt es, einen mit demselben verwachsenen kleinen Bruchsack zu Tage zu fördern, der ohne Inhalt ist. Abbindung desselben und Exstirpation mit dem Lipom. Verschluss des Spaltes durch 4 Silbernähte, darüber Catgut- und Seidennaht.

3. VII. Heilung per prim. Entfernung der Nähte.

14. VII. Patient wird völlig beschwerdefrei entlassen.

Januar 1903. Der Bruch ist nicht wieder aufgetreten. Patient hat nur noch oft an Darmkatarrh zu leiden.

Fall XIII.

Anamn.: Zimmermann Joh. R., Kiel, 39 Jahre, kommt am 6. X. 1900 in die Klinik. Am 24. VII. fiel Patient von einem Gerüst und schlug mit der Brust gegen einen harten Gegenstand. Dabei brach ihm eine Rippe linkerseits. Bei dem Versuch, nach 8 Wochen die Arbeit wieder aufzunehmen, hatte er Schmerzen in der linken Brustseite, so dass er die Arbeit einstellte. Die Schmerzen haben sich verschlimmert. Beim Heben und Bücken solche in der Magengegend.

Status: In der Medianlinie 2 Finger breit oberhalb des Nabels eine leichte Hervorwölbung, die nach rechts hinüberreicht und Bohnengrösse besitzt. Sie ist weich und gut abgrenzbar, leicht druckempfindlich. Beim Anspannen der Bauchmuskeln werden die Schmerzen sehr heftig.

Operation: 8. X. Medianschnitt. Man findet ein praeperitoneales Lipom, in dem ein kleiner Bruchsack mit

etwas Netz sich befindet. Öffnung des Bruchsackes, Reposition des Netzes, Abbindung und Exstirpation des Sackes. Verschluss der Bruchpforte durch 3 Silbernähte; Catgut- und Seidennaht.

18. X. Heilung per prim. Nähte entfernt.

2. XI. Entlassen ohne Beschwerden.

Januar 1903. Patient sieht gut aus, hat keinerlei Schmerzen; Narbe glatt.

Fall XIV.

Anamn.: Steinsetzer Fr. H., Schleswig, 34 Jahre, wird am 14. III. 1901 von der medizinischen Klinik geschickt. Er leidet seit 14 Jahren an Magenbeschwerden, Erbrechen und saurem Aufstossen. Nachdem er verschiedentlich in Behandlung gewesen, kommt er in die Klinik.

Status: Man fühlt fingerbreit oberhalb des Nabels eine Lücke in der linea alba und 2 Finger breit unterhalb des processus xiphoideus eine ebensolche etwas rechts von der Mittellinie. Beim Husten wölbt sich nur die Gegend der letzteren vor. Oberhalb des Nabels ein kleiner derber Tumor. Ausserdem beiderseits Hernia inguinalis, Dilatatio ventriculi.

Operation: 18. III. 1 Finger breit oberhalb des Nabels ein 4 cm langer Querschnitt, Entfernung einer kleinen praeperitonealen Fettgeschwulst. Die linea alba wird von der Lücke aus 2 cm weit gespalten und durch 3 Silbernähte vereinigt. Catgutnaht, Hautseidennaht.

Operation der Inguinalhernien.

30. III. Heilung per prim. Entfernung der Nähte.

20. IV. Trotz Heilung noch starke Magenbeschwerden. Speisen verweilen sehr lange im Magen. Stark saure Reaktion. Magen reicht 3 Finger breit unterhalb des Nabels.

22. IV. Gebessert entlassen.

Januar 1903. Bruch wieder aufgetreten, doch ist nicht gesagt, welcher. Ziehende Schmerzen im linken Oberschenkelbein. Patient leidet an Magenschmerzen und Erbrechen.

Fall XV.

Anamn.: Stellmacher Wilh. M., Kiel, 33 Jahre, kommt am 2. VII. 1902 in die Klinik. Seit 1 Jahr hat er

Schmerzen im Rücken und das Gefühl, als ob sich die genossenen Speisen im Magen festsetzten. Besondere Beschwerden im vorigen Herbste, wo Patient oberhalb des Nabels eine Geschwulst bemerkte, die nach reichlicher Mahlzeit hervortrat. Stuhl oft angehalten.

Status: Patient ist schwächlich. Magen reicht bis zum Nabel, bei Aufblähung 2 Finger breit unter denselben. 1 Finger breit oberhalb des Nabels in der linea alba eine 1 cm lange Diastase, in die sich beim Husten und Pressen etwas Bruchinhalt zu drängen scheint.

15. VII. Operation: Medianschnitt und Freilegung des Bruchsackes, der sich als kleiner lipomatöser erweist, in dem netzähnliche Adhärenzen bei Eröffnung sich zeigen. Abschnürung mittelst Tabaksbeutelnaht und Exstirpation, Versenkung des Stumpfes. Verschluss der linea alba durch 3 Silbernähte, Catgutnaht, Hautnaht.

25. VII. Heilung per prim. Entfernung der Nähte.

30. VII. Entlassen mit Leibbinde, keinerlei Beschwerden mehr.

Januar 1903. Patient befindet sich wohl und frei von Schmerzen. Narbe glatt.

Fall XVI.

Anamn.: Schlosser Heinr. G., Kiel, 48 Jahre, aufgenommen 14. VIII. 1902. Er hat seit langer Zeit 3 Finger über dem Nabel in der Mittellinie eine Geschwulst, die erst seit 2 Jahren Beschwerden macht; reissende Schmerzen, die sich verschlimmerten. Bruchband ohne Erfolg. Seit kurzer Zeit eine 2. Geschwulst dicht über dem Nabel.

Status: Dicht über dem Nabel in der linea alba kleine Lücke, aus der ein erbsengrosser Tumor tritt. In der Mitte zwischen Nabel und processus xiphoideus ebenfalls eine Lücke mit taubeneigrossem Tumor. Beide nicht völlig reponibel.

Operation: 16. VIII. Freilegung des unteren Tumors, Öffnung, Abbindung und Exstirpation des fettbewachsenen Bruchsackes. Verschluss der linea alba mit Silberdraht. Catgutnaht, Hautseidennaht. Dasselbe geschieht mit dem oberen Tumor.

26. VIII. Heilung per prim. Entfernung der Nähte.

6. IX. Patient mit Leibbinde entlassen, beschwerdefrei.

Januar 1903. Patient ist ohne alle Beschwerden; Narben glatt.

Fall XVII.

Anamn.: Arbeiter Chr. P., Kiel, 57 Jahre, kommt am 27. IX. 1902 zur Klinik. Seit 6 Jahren Magenbeschwerden; Schmerzen nach schwerem Essen, zuweilen Erbrechen, besonders auch beim Heben von Lasten. Angehaltener Stuhl. Öfter wegen Magenleidens behandelt; nur vorübergehend Besserung.

Status: Patient sehr mager. Unterhalb des processus xiphoideus, besonders beim Pressen, längliche Geschwulst in der Medianlinie, cr. 5 cm lang, die aus einer kleineren oberen und grösseren unteren zu bestehen scheint. Links davon eine andere von der Grösse einer Bohne. Geringe Druckempfindlichkeit.

30. IX. Operation: Medianschnitt; Freilegung, Öffnung und Abtragung des Bruchsackes nach Unterbindung. Naht des Peritoneums, der Bruchpforte mit Silberdraht, Catgutnaht und Hautnaht. Ebenso wird bei der anderen Geschwulst verfahren.

10. X. Heilung per prim. Nähte entfernt. Wohlbefinden.

Januar 1903. Patient befindet sich wohl.

Fall XVIII.

Anamn.: Stellmacher Ferd. B., Eutin, 27 Jahre, wird am 16. XII. 1902 aufgenommen. Leidet seit Jahren an anfallsweiser Stuhlverstopfung. Vor einem halben Jahre trat ohne Ursache eine kleine Anschwellung in der Magengegend auf, die sich zu einem Knoten verhärtete. Schmerzen nach reichlicher Mahlzeit.

Status: 2 Finger breit über dem Nabel eine kleine weiche, etwas verschiebliche Geschwulst, die sich beim Husten nicht deutlich vorwölbt.

18. XII. Operation. Medianschnitt; es tritt eine kleinhaselnussgrosse Fettgeschwulst hervor, die an einem Stiel befestigt ist. Der Spalt in der linea alba wird erweitert,

und die Geschwulst hervorgezogen. Das mitvorgezogene Peritoneum wird eröffnet und mit Tabaksbeutelnaht geschlossen, die Geschwulst abgetragen. Verschluss der Bruchpforte durch Silbernähte. Naht des subcut. Bindegewebes mit Catgut und Hautseidennaht.

28. XII. Heilung per prim. Entfernung der Nähte.

4. I. 1903. Mit Leibbinde geheilt entlassen. Pat. antwortet auf Anfrage, dass er sich wohl befinde.

Betrachten wir die 18 angeführten Fälle nach den im ersten Teile gegebenen Gesichtspunkten, so kommen wir zu folgendem Ergebnis:

In sämtlichen Fällen handelt es sich um männliche Individuen, die alle der schwer arbeitenden Klasse der Bevölkerung angehören.

Als Entstehungsursachen der Hernia epigastrica kommt ein Trauma in Betracht in Fall VI und Fall XIII. Eine präformierte Schwachheit der Bauchdecken als Ursache ist vorhanden bei Fall IV und Fall XIV, die mit anderen Hernien kombiniert sind; eine praeformierte Schwachheit des fibrösen Gewebes der linea alba im besonderen bei Fall XVI und Fall XVII, da hier mehrere Herniae epigastricae vorhanden sind. Nach der von Roser ausgebildeten Theorie entstanden sind Fall I, V, X, XII, XV, XVIII. Für die anderen Fälle kann man irgend eine Gelegenheitsursache annehmen, die zur Entstehung der Hernie geführt hat, z. B. schnelles Bücken oder dergleichen.

Um reine praeperitoneale Lipome handelt es sich in den Fällen V, X, XII, XIV, XVIII; wahre Brüche sind sämtliche übrigen Fälle.

Die Operationsmethode, wie sie hier in Kiel geübt wird, weist die denkbar günstigsten Heilungserfolge auf. Nehmen wir von den 18 Fällen die ersten 8 aus, über deren jetziges Befinden nichts bekannt ist. Man kann jedoch nach den Erfolgen bei den übrigen Fällen auch bei ihnen vollkommene Heilung annehmen. Nehmen wir ferner Fall XIV fort, da bei ihm nicht genau zu sagen ist, welcher

von den vorhanden gewesenen Brüchen wieder aufgetreten ist. Doch ist nach den „ziehenden Schmerzen im linken Oberschenkelbein“ wohl das Wiederentstehen der linken Leistenhernie anzunehmen. Die genannten Magenbeschwerden rühren dann von der Dilatatio ventriculi her.

Rechnen wir also diese 9 Fälle ab, so haben wir immer noch 9 zur Verfügung, bei denen durch die hier geübte Art der Radicaloperation ein dauernd günstiges Resultat erzielt ist. Besonderen Vorzug daran verdient der Verschluss der Bruchpforte mit Silberdraht. Nur auf diese Weise kann eine wirkliche Dauerheilung erzielt werden. Das sonst angewandte Catgut ist hier zu verwerfen, da es meist viel früher resorbiert wird, als sich eine feste Vereinigung der Ränder der Bruchpforte gebildet hat. Die Silbernähte bleiben dauernd liegen und werden nur entfernt, wenn sie Reizerscheinungen verursachen. Die Vernähung der Weichteile mit Catgut, der Haut mit Seide ist auch sonst die allgemein angewandte Methode.

Auf Grund der günstigen Heilungserfolge, die diese statistische Zusammenstellung der Fälle von Hernia epigastrica ergiebt, ist die Art der Radicaloperation, wie sie hier in Kiel geübt wird, wohl als die beste anzusehen, und demgemäss zu empfehlen.

* * *

Zum Schluss gestatte ich mir, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrat Professor Dr. Helferich für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Überlassung des Materials, sowie Herrn Privatdozenten und Assistenten Dr. Göbell für die liebenswürdige Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Vita.

Am 31. Dezember 1878 wurde ich als Sohn des Restaurateurs Ernst Thies zu Braunschweig geboren und im Mai folgenden Jahres in lutherischer Confession getauft. Von Ostern 1885—1889 besuchte ich die dortige Bürgerschule. 1887 wurde mir mein Vater durch den Tod entrissen. 1889 kam ich auf das Herzogl. neue Gymnasium. Am 14. März 1898 erhielt ich das Zeugnis der Reife. Ich widmete mich dem Studium der Medizin und genügte meiner Militärpflicht im 1. Semester zu Berlin im Königl. Preuss. Garde-Regt. z. F. Im 2. Semester studierte ich in Göttingen, darauf in Kiel, im 5. und 6. Semester in München, dann abermals in Kiel, wo ich am 31. Januar 1903 das mediz. Staatsexamen beendete. Das Rigorosum bestand ich am 19. Februar 1903.

Oskar Thies.